

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924 - 1925 — N° 13

CONDUITE A TENIR
DANS LES COLLECTIONS SUPPURÉES DE LA VULVE ET DU VAGIN
PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 12 Décembre 1924

PAR

Jean - Robert HONTON

Externe des Hôpitaux

Né à PORT-DE-LANNE (Landes), le 9 Octobre 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur.....	Juges.
		ANDÉRODIAS, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924 - 1925 — N° 13

CONDUITE A TENIR
DANS LES COLLECTIONS SUPPURÉES DE LA VULVE ET DU VAGIN
PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 12 Décembre 1924

PAR

Jean - Robert HONTON

Externe des Hôpitaux

Né à PORT-DE-LANNE (Landes), le 9 Octobre 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	
		ANDÉRODIAS, agrégé	<i>Juges.</i>
		JÉANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

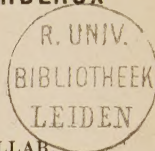
1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR.



PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Clinique chirurgicale.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique d'accouchements.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	N.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Anatomie.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOU.
Anatomie générale et histologie.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Physiologie.....	PICQUE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Médecine légale et déontologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREULH.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	AUCHE.	Pathologie ext. et chirurgie opérat. et expér.....	N.
Chimie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Botanique et matière médicale.....	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Pharmacie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	Maladies mentales.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Chirurgie générale.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Obstétrique.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Ophtalmologie.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	N.	Oto-rhino-laryngologie.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Pharmacie.....	JEANNENEY.
Médecine générale.....	RÉCHOU.		PÉRY.
	MAURIAC.		FAUGÈRE.
	LEURET.		TEULIÈRES.
	DUPERIÉ.		PORTMANN.
	CREYX.		GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Clin. des mal. des voies urinaires.....	DUVERGEY.	Chimie minérale.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma grande
reconnaissance.*

A MES SŒURS

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

*Qui m'ont guidé pendant mes années
de stage et d'externat.*

M. le Professeur CARLES.

— DUVERGEY.

— VILLAR.

— GUYOT.

— CRUCHET,

— CASSAËT.

M. le Docteur ROCAZ.

M. le Professeur agrégé ANDÉRODIAS.

— — PÉRY.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALARD

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

Qui ma guidé au cours de ce travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ANDÉRODIAS

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE PUÉRICULTURE

ACCOUCHEUR EN CHEF DE LA MATERNITÉ

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CONDUITE A TENIR DANS LES COLLECTIONS SUPPURÉES DE LA VULVE ET DU VAGIN PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

INTRODUCTION

Le 5 juillet 1923, MM. Andérodias et Balard présentaient à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, deux observations de grossesse et d'accouchement compliqués de collection suppurée du tractus vulvo-vaginal.

Dans la première, la malade enceinte de huit mois, présentait un kyste suppuré de la glande de Bartholin; l'ablation large du kyste fut suivie trois jours après de l'accouchement terminé par une application simple de forceps. La nouvelle accouchée mourait huit jours après de péritonite aiguë.

La malade de la deuxième observation, présentait au 9^e mois de grossesse, un kyste du vagin suppuré. L'accouchement se fit à terme, la collection purulente se vidant au passage de la tête fœtale; la guérison fut rapide après une légère infection.

L'évolution, si différente dans ces deux cas, rappelait de nouveau l'attention sur l'opportunité de l'intervention ou de l'expectative dans les collections suppurées vulvo-vaginales pendant la puerpéralité. M. Balard nous donnait alors l'idée de cette thèse.

Nous allons dans notre travail adopter le plan suivant :

Chapitre I. — Généralités et étude clinique des collections
suppurées vulvo-vaginales en dehors de la grossesse.

Chapitre II. — Observations.

Chapitre III. — Influences réciproques de la puerpéralité et
des collections suppurées vulvo-vaginales.

Chapitre IV. — Conduite à tenir.

Chapitre V. — Conclusions.

HISTORIQUE

Nous allons, avant d'aborder le sujet, faire l'historique de la question. L'étude des abcès de la région vulvo-vaginale a été, jusqu'à ce jour, l'objet de nombreuses études, mais nous n'avons trouvé aucun travail d'ensemble, dans le cas où ces abcès existent pendant la grossesse, et quelle est la conduite à tenir qu'ils impliquent. Il ne faut pas croire toutefois que les auteurs se sont désintéressés de la question; ils l'ont, au contraire, âprement discutée, chaque fois qu'ils se sont demandé si une femme enceinte pouvait être opérée.

Depuis 1840, où Bérard attire pour la première fois l'attention sur les accidents qui peuvent compliquer les opérations pendant la grossesse, à 1864, où dans sa thèse Valette rapporte quelques traumatismes opératoires heureusement terminés chez des femmes gravides, les chirurgiens se sont toujours abstenus d'intervenir; ils craignaient de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. Les réunions de la Société de chirurgie de Paris en 1876, et le Congrès de Genève de la même année, voient les accoucheurs et les gynécologues adopter deux thèses contraires : les uns avec Bérard, Verneuil, Tarnier, Blot, Depaul, Ollier, soutiennent que les opérations sont dangereuses pendant la grossesse; les autres avec Valette, Guéniot, Cohnstein, Chassaignac, Desprès, Demarquay pensent qu'elles n'ont aucun inconvénient.

Tous ces auteurs se retrouvent du même avis, lorsque les opérations portent sur la zone génitale, et ils adoptent pour la plupart les conclusions de Guéniot : « lorsqu'un traumatisme atteint la femme enceinte, en dehors de toute disposition morbide, il est généralement dépourvu de nocuité sur la grossesse; si la lésion intéresse un point de la

zone génitale, il n'est point rare de voir le traumatisme entraver le cours de la grossesse, de même si la région est le siège d'une complication inflammatoire quelconque. » Guéniot s'appuyait sur de nombreuses observations de varices vulvaires, de thrombus de la grande lèvre, de végétations vulvaires, de bartholinites, dans lesquelles l'opération avait été suivie de mort. Toutes ces observations sont sujettes à révision, car l'antisepsie n'avait pas encore apporté son aide précieuse à l'obstétrique et à la chirurgie.

Avec l'apparition de l'ère antiseptique, les opérations pratiquées chez les femmes enceintes augmentent; Wells, Lawson Tait, Doléris, Noble, Tillaux en publient de nombreux cas heureux; ils concluent que si les suites opératoires étaient jusqu'alors compliquées, si la grossesse était fréquemment interrompue, cela provenait de l'infection opératoire. Ils demeurent cependant très prudents dans les opérations portant sur la sphère génitale.

Actuellement, on pratique sur la femme enceinte les opérations les plus diverses, et avec le plus grand succès. Beaucoup de chirurgiens n'hésitent pas et interviennent dans le voisinage de l'utérus gravide; l'ablation de kystes de l'ovaire au cours de la puerpéralité se fait fréquemment; ils ont même été plus loin, et ont pratiqué des myomectomies, des amputations du col. Quelques autres sont plus réservés, et n'opèrent que s'il y a urgence, si la vie de la femme ou de l'enfant dépendent de l'intervention. Ils s'abstiennent en général s'il s'agit de collections purulentes du tractus vulvo-vaginal. Si nous consultons les auteurs classiques, nous voyons qu'ils ont une opinion contraire; nous en reparlerons en détail dans le chapitre de la conduite à tenir, et nous verrons les tendances actuelles de la chirurgie.

CHAPITRE PREMIER

Généralités et étude clinique des collections suppurées vulvo-vaginales en dehors de la grossesse.

On rencontre dans la région vulvo-vaginale des femmes enceintes les mêmes collections suppurées que chez les femmes non gravides. Ces collections peuvent être suppurées d'emblée, comme les bartholinites aiguës, ou secondairement suppurées comme les kystes du vagin, les kystes de la glande de Bartholin et les divers kystes de la région vulvaire (kystes du ligament rond, kystes sébacés des grandes et des petites lèvres, kystes du méat, du clitoris et de l'hymen). Dans sa thèse, Beauverger cite aussi quelques cas de kystes développés aux dépens des glandes para-uréthrales chez la femme, et qui se sont infectés par propagation d'une vulvo-vaginite.

Les thrombus vulvo-vaginaux peuvent aussi s'infecter et suppurer pendant la grossesse; cela s'observe peu souvent, car les thrombus sont très rares au cours de la gestation, ils sont surtout une complication de l'accouchement. Tarnier et Budin dans leur « Précis d'accouchement », Schachmann, Lanief et Champeau dans leurs thèses s'accordent pour porter alors un pronostic très grave. L'infection du thrombus et de son contenu est favorisée par le sphacèle de la paroi, sphacèle produit pour Massot par la distension des tissus; dans quelques cas il semble que la septicité du vagin, ou l'apport de germes pyogènes par les doigts de l'accoucheur ou de la sage-femme aient suffi pour faire suppurer le thrombus.

Deux de ces affections retiendront surtout notre attention, tant par leur fréquence que par leur importance, ce sont les bartholinites et les kystes du vagin suppurés, dont nous ferons l'étude clinique.

A) Bartholinites.

La bartholinite est l'inflammation de la glande vulvo-vaginale; c'est l'abcès de la région le plus fréquemment rencontré. D'après Doléris cette inflammation dépend « de quatre genres d'infection :

1° Celle qui succède à l'incision ou à la ponction d'un simple kyste par rétention, qui se convertit en abcès par infection traumatique secondaire;

2° celle qui dérive d'une vulvite banale à germes saprophytes;

3° l'infection blennorrhagique;

4° l'infection puerpérale. »

La bartholinite blennorrhagique est de beaucoup la plus fréquente, et pour la plupart des auteurs : qui dit bartholinite, dit infection par le gonocoque. L'évolution est la même, qu'il s'agisse d'une bartholinite infectée d'emblée, ou de la transformation en abcès d'un kyste de la glande de Bartholin.

La bartholinite peut être aiguë ou chronique. La forme aiguë présente la même symptomatologie qu'un abcès chaud. Après une légère période de cuisson et de douleur, la malade vient vous trouver, parce qu'elle a une grosseur à la vulve qui la fait souffrir pendant la marche ou à l'occasion du moindre mouvement; le coït est très douloureux et souvent impossible. La douleur s'irradie vers le bassin, l'anus, l'aîne, les cuisses. A l'examen local, on constate que toute la grande lèvre est augmentée de volume; la peau est rouge, tendue, œdémateuse. La palpation, très doulou-

reuse, nous montre que « la tuméfaction principale se circonscrit dans le tiers postérieur de la grande lèvre, au niveau de la glande vulvo-vaginale » ; cette tumeur est tendue, fluctuante, rétrécissant l'entrée du vagin. Le tissu périglandulaire réagit violemment, et peut être d'après Verchère et Ricord le siège d'un phlegmon.

Si la bartholinite est abandonnée à elle-même, le canal excréteur de la glande ne suffit pas à l'évacuation du pus ; la suppuration se fait jour au dehors, à travers la muqueuse, à la base de la petite lèvre. La guérison complète peut alors survenir en quelques jours, ou au contraire nous aurons la persistance de trajets fistuleux très tenaces.

La forme chronique est de beaucoup la plus fréquente, et presque toujours chronique d'emblée. Elle passe longtemps inaperçue et n'est une gêne pour la malade qu'à certaines périodes de recrudescence ; Fehling signale la fréquence de ces poussées pendant les périodes menstruelles et pendant la grossesse. La malade se plaint d'une leucorrhée un peu abondante, d'une pesanteur dans la région vulvaire, mais elle ne souffre pas. En écartant la grande lèvre, on découvre autour de l'orifice du canal excréteur une petite tache rouge, la macule gonorrhéique de Sanger, ou bien une légère ulcération d'aspect chancriforme. A la partie inférieure de la grande lèvre, on peut saisir entre les doigts la glande épaissie et indurée ; la pression, un peu douloureuse, amène une gouttelette de pus à l'orifice excréteur. C'est là une forme très tenace et très ennuyeuse par ses poussées inflammatoires et ses abcès à répétition.

Le pronostic des bartholinites est en général bénin ; cependant cette affection reste une porte ouverte à nombre d'infections plus graves, comme la syphilis, et d'après Pozzi, elle peut devenir « le point de départ d'une infection ascendante du canal génital de la femme après l'accouchement ou l'avortement ». Le même auteur reconnaît qu'elle est dangereuse aussi pour les autres, « c'est un

dernier refuge de la blennorrhagie, une source fréquente et peu suspectée de contamination pour l'homme ».

Le diagnostic des formes aiguës est en général facile, la confusion étant seule possible avec le phlegmon de la grande lèvre qui est beaucoup plus diffus et entraîne des signes généraux plus accusés, et les furoncles et kystes sébacés enflammés qui ont une localisation beaucoup plus superficielle. Les bartholinites chroniques peuvent être prises pour des kystes des grandes lèvres qui ne sont pas douloureux, pour des hernies de la région qui sont réductibles. Les bartholinites ulcérées ressemblent parfois à des chancres mous.

B) Kystes du vagin suppurés.

L'étiologie et la pathogénie des kystes du vagin sont encore mal connues; leur origine ectodermique semble la plus vraisemblable. Leur infection par voie sanguine est exceptionnelle, mais elle n'est pas rare à la suite de la rupture de la paroi kystique ou à la suite d'une ponction septique; ils évoluent alors comme un abcès chaud, et se terminent le plus souvent par fistulisation.

La femme porte souvent un kyste vaginal sans s'en douter, on ne le découvre qu'à l'occasion d'un examen génital ou lorsqu'il fait saillie à la vulve; cette tumeur est réductible, faisant saillie à la suite des efforts ou de la station debout. Le kyste peut occasionner de la gêne, de la pesanteur; s'il est volumineux il s'accompagne de troubles de la miction ou de la défécation; les rapports sexuels sont parfois douloureux. A la palpation, nous sentons une tumeur molle, fluctuante, bien limitée, non douloureuse; cette tumeur se termine à l'intérieur du vagin par un pédicule qui s'insère sur une des parois. Le col de l'utérus est toujours indépendant.

Lorsque le kyste est enflammé, ce qui peut arriver spontanément, les signes fonctionnels sont plus marqués; la malade se plaint de douleurs vaginales et d'obstacle dans

la cavité du vagin, le toucher est douloureux, le coït le plus souvent impossible. A l'examen au spéculum, nous trouvons une tuméfaction violacée, amincie; la paroi est souvent fistulisée, et laisse s'écouler à la pression un filet de pus.

Le pronostic des kystes du vagin suppurés est assez bénin; malgré la proximité de l'utérus, il ne semble pas qu'ils soient un danger d'infection très grand; le pus de ces kystes contient, en effet, des agents pathogènes qui semblent beaucoup moins virulents que ceux des bartholinites.

Le diagnostic est en général facile, mais pendant la grossesse et au cours du travail, il devient plus délicat. Le kyste peut être confondu avec un polype muqueux, avec des affections néoplasiques du col ou de la paroi vaginale, avec des varices des veines de la région, un thrombus, enfin avec une poche des eaux descendant très bas. A la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Bordeaux, en 1905, Boursier cite une observation de kyste suppuré qui fut pris pour une annexite de nature tuberculeuse; de Boucaud a observé trois cas de kystes du vagin suppurés : l'infection avait amené du côté de ces tumeurs une augmentation de volume considérable, qui modifiait complètement l'aspect du vagin, et faisait errer le diagnostic. Tout récemment, chez une malade enceinte de 8 mois, observée dans le service de M. le Professeur Andérodias, un fibrome de l'utérus ramolli donnait au toucher la sensation d'une tumeur liquide.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur agrégé ANDÉRODIAS)

Primipare enceinte de 8 mois. Hospitalisée à la Maternité au début de mai 1920. Il y a 5 mois environ, a présenté à la vulve une tumeur du volume d'une noix. Incision qui aurait donné issue à du sang pur. Un mois après, la tumeur se reforme et se vide spontanément, et cela à diverses reprises, mais son contenu serait devenu séro-purulent.

Actuellement, la tumeur est du volume d'un œuf de pigeon et siège au niveau de la grande lèvre gauche : kyste infecté de la glande de Bartholin; grossesse normale de 8 mois.

Elle est adressée au Professeur Bégouin, qui pratique le 14 mai une extirpation large du kyste.

Le 17 mai, premières douleurs du travail. Accouchement rapide en cinq heures à la Clinique d'accouchements. Rupture tempestive des membranes. Pour souffrance fœtale (latérocidence du cordon) on fait un forceps très simple.

Infection brutale constatée le soir même de l'accouchement. Malgré tous les traitements institués, la mort survient le 5^e jour par péritonite généralisée.

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur agrégé ANDÉRODIAS. — Maternité).

Primipare de 24 ans, sans profession. A eu une coxalgie à l'âge de 9 ans. Dernières règles du 14 au 16 septembre 1922. Entre dans le service en juin 1923, enceinte de 8 mois et demi.

A l'examen, on trouve un bassin dont la moitié droite est un peu étoffée; on arrive facilement sur le pourtour du détroit moyen, dont l'épine sciatique droite est très saillante.

On décide de provoquer l'accouchement à 8 mois 1/2; au moment de l'introduction de valves vaginales, un flot de liquide purulent s'échappe du vagin; dans ces conditions, la sonde n'est pas introduite; un examen plus approfondi montre l'existence d'un kyste à la partie antérieure et inférieure du vagin. L'accouchement a lieu à terme et nécessite une application de forceps. Au cours de cette dernière, il s'écoule un nouveau flot purulent au passage de la tête.

2 jours avant l'accouchement, il y eut une élévation notable de température correspondant à une crise de pyélo-néphrite. Les suites de couches sont normales, avec seulement une légère élévation de température pendant le premier jour.

OBSERVATION III

(Service de M. le Professeur agrégé ANDÉRODIAS. — Maternité).

Primipare de 38 ans, lingère. Antécédents personnels : blennorrhagie, syphilis, paludisme, affection pulmonaire.

Entre dans le service au début du 8^e mois de grossesse, celle-ci est compliquée d'un kyste vaginal. La malade se serait aperçue d'une grosseur dans son vagin au début de sa grossesse; cette tumeur aurait augmenté peu à peu de volume, se vidant plus ou moins complètement sous les efforts de la défécation.

A l'examen : en faisant pousser, on voit faire saillie à la vulve une tumeur du volume d'une orange, de coloration analogue à celle de la muqueuse vaginale. Le toucher fait sentir une tumeur allongée, fluctuante, adhérente sur presque

toute sa longueur à la ligne médiane de la paroi antérieure du vagin; cette tumeur n'est pas réductible. En la pressant, on fait sourdre un liquide blanc crémeux, sans que l'on puisse se rendre exactement compte de la situation de l'orifice de la fistule.

Le 20 août 1919, accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kilos 300. Au moment de la déflexion de la tête, issue de pus épais. La délivrance est normale, ensuite la tumeur paraît diminuée de volume.

Pendant les suites de couches, la pression sur la tumeur donne issue à un pus épais et filant, qui s'écoule d'ailleurs spontanément en petite quantité entre les pansements, et que l'on trouve sur la compresse de la garniture. Suites de couches tout à fait normales, sans température.

OBSERVATION IV

(ROBERT, Thèse de Paris, 1899-1900).

Primipare de 19 ans, journalière, accouchée depuis 3 mois. Elle a senti au début de sa grossesse une petite tumeur dans son vagin; celle-ci a toujours augmenté de volume, et atteint son maximum au moment de l'accouchement, qu'elle n'a du reste gêné en aucune façon.

A l'examen, on constate entre les grandes lèvres une tumeur ayant à peu près le volume d'un œuf de poule, indolore et fluctuante, fermée aux dépens de la paroi postérieure du vagin. Une ponction retire 50 grammes de liquide transparent; huit jours plus tard, nouvelle ponction qui retire 60 grammes de liquide purulent. La malade est opérée peu après, le kyste facilement énucléé. 15 jours après l'opération, la malade est guérie.

OBSERVATION V

(DIEULAFÉ, — Soc. Obst. et Gynécol. de Toulouse, 1923).

3^e pare de 32 ans, enceinte de 2 mois. Elle se plaint de douleurs vaginales et d'un obstacle dans la cavité du vagin. Elle sait qu'elle a un kyste observé après sa dernière grossesse il

y a 3 ans, et ponctionné à ce moment. Depuis quelques jours, la tumeur a grossi et est devenue douloureuse.

A l'examen, on constate une tuméfaction violacée, amincie, douloureuse, adhérente à la paroi postérieure et latérale gauche du vagin; on trouve aussi une autre saillie arrondie sur la paroi postérieure.

L'intervention est décidée pour le lendemain, mais dans la nuit il se produit un écoulement de pus et un soulagement notable.

Opération sous anesthésie chloroformique; extirpation des kystes et suture des plaies vaginales. La suture est incomplète pour le gros kyste, pour laisser passer une mèche.

Les suites de l'opération sont simples. La grossesse a évolué sans le moindre incident.

OBSERVATION VI

(CURATULO. — *In* Thèse de Lang, Nancy, 1903).

Il s'agit d'une femme âgée de 37 ans, qui a eu six grossesses normales et un avortement.

Après la première grossesse, elle s'est aperçue de la présence d'un petit kyste vaginal du volume d'une noisette. Augmentation progressive de volume, pas de gêne dans les rapports sexuels, pas de leucorrhée.

Pendant les deux dernières grossesses, la tumeur s'est beaucoup accrue et reste toujours en dehors des organes génitaux; les grossesses suivent leur évolution normale.

On constate en dehors des organes génitaux externes, un kyste du volume d'une orange; au milieu dans un point plus élevé, ce kyste présente une petite ouverture comme une fistule, de laquelle suinte un liquide jaunâtre, mélangé de pus.

OBSERVATION VII

(LANG, Thèse de Nancy, 1903).

Femme de 42 ans, femme de ménage. Mariée à 20 ans, a eu huit enfants et deux fausses couches.

A la suite de la première couche, aussitôt après l'accouchement, la malade constate dans le vagin et à la vulve une tumeur volumineuse, restée depuis cette époque à peu près stationnaire. N'éprouvant que de la gêne, la malade n'a subi aucun traitement; elle a été soignée pour descente de matrice.

Il y a un an la tumeur devient douloureuse, il se produit une ouverture spontanée et du liquide purulent s'écoule depuis cette époque.

A l'examen direct, nous voyons hors de la vulve, une tumeur du volume d'un œuf de poule, recouverte par la muqueuse vaginale et se continuant avec la muqueuse de l'urèthre; elle est implantée sur la paroi latérale droite du vagin. Cette tumeur est de consistance mollassse, pâteuse, elle présente des parois très épaisses, et à la pression donne naissance à un fort bruit de gargouillement. Son extrémité est percée d'un orifice très étroit par lequel s'écoule un liquide purulent et fétide; pas de troubles de la miction.

On diagnostique un kyste du vagin qui après être resté 20 ans inactif, a subi une inflammation suppurative et s'est ouvert spontanément.

Opération, guérison.

OBSERVATION VIII

(Maternité. — Janvier 1901).

Secondipare de 28 ans, domestique. Elle présente depuis le 7^e mois de sa grossesse, une bartholinite gauche. L'accouchement se fait normalement à terme. Présentation du siège, expulsion d'un enfant de 4 kilos 460.

Suites de couches normales sans température.

OBSERVATION IX

(Maternité. — Mars 1902.)

Primipare de 21 ans, domestique. Entre à la Maternité enceinte de 8 mois 1/2. On trouve dans la grande lèvre gauche

une tumeur élastique, fluctuante, non douloureuse, qui paraît s'être développée aux dépens de la glande de Bartholin. Cette tumeur se serait vidée à plusieurs reprises, et il en serait sorti du sang et du pus. Accouchement à terme d'un enfant pesant 3 kilos 750.

Suites de couches normales sans température.

OBSERVATION X

(Maternité. — 1912).

Primipare de 19 ans. A eu au 6^e mois de sa grossesse de l'œdème des grandes lèvres et une bartholinite gauche; elle a été soignée à Canolle où la bartholinite a été incisée, et a guéri en un mois environ, sans incident du côté de la grossesse.

Accouchement normal à terme d'un garçon de 3 kilos 350.

Suites de couches normales sans température.

OBSERVATION XI

(Maternité. — Juin 1913).

Primipare de 23 ans, couturière. Rien dans les antécédents.

Elle a eu une bartholinite débutant 8 jours avant l'accouchement. Au moment de l'accouchement, la bartholinite est en pleine évolution, avec issue de liquide purulent; la grande lèvre est de la grosseur d'un œuf de poule.

Accouchement normal à terme d'un enfant de 4 kilos 300.

Dans les jours qui suivent, le pus s'écoule peu à peu. La malade n'a pas eu de frissons; la température s'élève le 9^e jour à 37°8 pour redescendre les jours suivants. Le 11^e jour, on ne remarque plus de pus dans les lochies.

A sa naissance, l'enfant a eu dans les yeux une instillation de nitrate d'argent, il n'a présenté aucun signe d'infection.

OBSERVATION XII

(Maternité. — Août 1913).

Primipare de 21 ans, domestique. Pas d'antécédents.

Entre dans le service enceinte de 8 mois; elle présente une bartholinite de la grande lèvre droite qui n'est pas traitée.

Accouchement normal prématuré au 8^e mois d'un enfant de 2 kilos 050.

Suites de couches accompagnées d'une élévation de température entre 37 et 38° vers le 7^e jour. La malade sort en bonne santé le 11^e jour.

OBSERVATION XIII

(Maternité. — Octobre 1917).

Primipare de 18 ans, monteuse sur formes. Entre le 28 octobre 1917, enceinte de 8 mois. Elle marche difficilement et souffre de la région vulvaire. A l'examen on constate l'inflammation de la glande de Bartholin droite.

On fait la toilette de la région et on applique des pansements humides chauds. Le lendemain, on incise l'abcès et une mèche est introduite par l'ouverture; suites normales et guérison en 15 jours.

Accouchement normal le 21 novembre d'un enfant de 3 kgs.

Suites de couches normales avec une légère élévation de température les 4^e et 5^e jours (37°5-38°).

OBSERVATION XIV

(Service de M. le Professeur agrégé ANDÉRODIAS. — Maternité).

Secondipare de 21 ans, laitière. A eu un avortement de 2 mois à 20 ans; suites de couches physiologiques. Pas d'autres antécédents pathologiques.

Entre dans le service le 21 janvier 1919, enceinte de 9 mois, à la dilatation de cinq francs.

Elle a eu au 7^e mois une bartholinite suppurée qui s'est

ouverte spontanément au bout de 15 jours, laissant à son niveau une légère induration et un trajet fistuleux.

Accouchement normal à terme le même jour; le trajet fistuleux donne issue à ce moment d'un écoulement purulent marqué.

Suits de couches fébriles : dès le 2^e jour, frissons et élévation de température à 38°6. Le 5^e jour : 40°9; oscillations autour de 39° et 40° jusqu'au 11^e jour, date du transeat à Canolle. Traitement infectieux par électargol, abcès de fixation. Au bout de 2 jours de séjour à Canolle, mort de la malade.

OBSERVATION XV

(Service de M. le Professeur RIVIÈRE).

Primipare de 25 ans; entre dans le service enceinte de 6 mois. Elle ressent de vives douleurs au niveau de la cuisse droite et surtout au niveau de sa cavité pelvienne; à l'examen on constate l'existence d'une bartholinite au niveau de la grande lèvre droite.

La malade présente aussi de l'albumine. Pour prévenir l'accouchement prématuré menaçant, le régime lacté est institué et on fait des lavements laudanisés. Au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre.

Accouchement normal à terme, la bartholinite existant toujours.

Suites de couches normales sans température.

OBSERVATION XVI

(Service de M. le Professeur RIVIÈRE).

Primipare de 26 ans. Entre le 15 mai 1903 dans le service, enceinte de 9 mois.

Elle présente une bartholinite de la grande lèvre gauche.

Accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kilos 070.

Suites de couches normales sans température.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le Professeur agrégé PÉRY).

Primipare de 24 ans, enceinte de 8 mois. Elle est envoyée de la Maternité parce qu'elle présente une bartholinite de la grande lèvre gauche.

On incise celle-ci; guérison en 15 jours après pansements.

La malade accouche normalement à terme 15 jours après.

Suites de couches normales sans élévation de température.

OBSERVATION XVIII

(Service de M. le Professeur agrégé PÉRY).

Primipare de 24 ans, enceinte de 8 mois. Elle vient à Canolle le 7 février 1920 parce qu'elle présente une bartholinite de la grande lèvre gauche.

On applique des pansements humides au permanganate de potasse; en quelques jours l'abcès se résorbe.

Accouchement normal à terme.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XIX

(Service de M. le Professeur agrégé PÉRY).

La malade est envoyée de la Maternité après son accouchement. Elle était enceinte de 9 mois à son entrée à la salle de travail, et présentait un volumineux abcès de la grande lèvre droite; cet abcès a débuté vers le 7^e mois environ; la malade a eu avant et pendant la grossesse de nombreuses pertes jaunes.

Au moment de l'accouchement, l'abcès s'ouvre spontanément dans le vagin. Suites de couches normales sans température. L'abcès guérit sans nouvelle incision.

OBSERVATION XX

(Service de M. le Professeur agrégé PÉRY).

Secondipare enceinte de 4 mois 1/2. Entre dans le service le 24 mai 1923. Depuis sa dernière grossesse, elle a toujours été malade, souffrant particulièrement du bas-ventre, surtout du côté gauche.

Au cours du 2^e mois de sa grossesse, on voulait pratiquer une hystérectomie; mais dès l'ouverture du ventre, on s'est aperçu que l'utérus était gravide, et on a refermé la paroi.

Actuellement, la malade présente de l'ovarite, de la métrite, de la vaginite, et une bartholinite du côté gauche. Incision de celle-ci le 1^{er} juin. Guérison assez rapide. La malade sort, la grossesse continuant son cours.

OBSERVATION XXI

(Service de M. le Professeur agrégé PÉRY).

La malade entre dans le service le 7 janvier 1923. Elle a eu un accouchement normal le 13 décembre après avoir perdu les eaux depuis 3 jours; les suites de couches ont été fébriles sans cause utérine, mais la malade ressentait souvent des tiraillements dans la région vulvaire droite.

Elle se lève le 31 décembre, et en même temps que les tiraillements deviennent plus violents, la petite et la grande lèvre gauches augmentent de volume. Le 5 janvier, la malade entre à Canolle pour intervention chirurgicale.

La petite lèvre gauche atteint le volume d'un petit œuf de poule; dans la grande lèvre correspondante se trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon. Peu de douleur spontanée, mais une douleur très aiguë à la pression au niveau de la partie la plus saillante de la grande lèvre. Pas de pertes vaginales.

Incision; mèches. Guérison.

OBSERVATION XXII

(VERNEUIL. — *In* Thèse Petit, Paris, 1870).

Primipare de 19 ans, enceinte de 7 mois. Entre le 17 novembre 1870 à Lariboisière pour un abcès de la grande lèvre droite, très douloureux.

Le 29 novembre, incision de l'abcès au bistouri, et issue d'un pus très fétide; tamponnement pendant 2 jours avec de la charpie.

Le 2 décembre élévation de température, malaise; l'abcès donne peu de pus, mais une angioleucite part de la grande lèvre et aboutit à deux ganglions inguinaux tuméfiés et douloureux.

Le 8 et le 9, douleurs abdominales et contractions utérines suivies d'une fausse couche le 10.

Le 12 frisson, douleur dans le bas-ventre, vomissements, ballonnement, péritonite et mort le 15 décembre.

A l'autopsie : collection purulente remplissant le petit bassin et la fosse iliaque droite. Ovarite suppurée avec dilatation et rupture de la trompe correspondante.

OBSERVATION XXIII

(VERNEUIL. — *In* Thèse Petit, Paris, 1870).

Primipare de 17 ans, enceinte de 4 mois. La grande lèvre gauche est tuméfiée, rouge, douloureuse, fluctuante.

La malade est mise au repos, au lit; on applique des cataplasmes chauds sur la région vulvaire. L'abcès s'ouvre spontanément quelques jours après; pas d'accidents consécutifs.

La malade sort guérie, la grossesse continuant son cours.

OBSERVATION XXIV

(GUÉNIOT, Société de Chirurgie, 1876).

Primipare d'un tempérament très nerveux, et sujette aux hémorragies. Les 18 et 19 décembre 1875, au commencement

du 9^e mois de sa grossesse, elle avait éprouvé une perte sanguine légère par le vagin. Quelques jours après, une induration, du volume et de la forme d'une amande, s'était manifestée dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche. La petite tumeur avait grossi rapidement, s'était enflammée sous l'influence de la marche, et le 3 janvier, offrait tous les caractères d'un abcès du volume d'un œuf de poule. La douleur était extrêmement vive, le sommeil presque nul, la fièvre néanmoins assez modérée. Sur la vulve et le périnée se dessinaient des veines variqueuses. Il s'agissait d'un thrombus ou d'un caillot intraveineux avec suppuration environnante. Je différai toute intervention chirurgicale et me contentai de prescrire des cataplasmes.

Le 5 janvier, pensant que les parois du foyer seraient assez amincies pour me permettre de ponctionner sans danger, je me disposais à évacuer l'abcès, lorsque j'appris que dans la matinée le liquide s'était ouvert spontanément une issue, il existait deux ouvertures très étroites; je les agrandis toutes deux légèrement avec le bistouri. A partir de ce moment le mal diminua promptement, les symptômes douloureux disparurent, et 5 jours plus tard, les petites plaies étaient cicatrisées. Le siège de l'abcès n'était plus reconnaissable que par l'existence d'une induration qui persistait encore douze jours après l'accouchement.

Quant à ce dernier, il s'opéra à terme le 11 janvier, sans offrir aucun phénomène que l'on put rattacher à l'existence antérieure de la tumeur vulvaire. Les suites de couches furent apyrétiques.

OBSERVATION XXV

(MAGNIN. — *Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, Paris, 1877).

Jeune primipare enceinte de 2 mois qui présente un abcès de la grande lèvre gauche. Elle absorbe une quantité assez considérable d'absinthe et de sabine dans le but de provoquer l'accouchement. L'abcès s'ouvre spontanément sur ces intervalles.

Malgré ces deux circonstances, la grossesse continue normalement son cours.

OBSERVATION XXVI

(BONNET. — *France médicale*, 1899. — Résumée).

Primipare de 20 ans, adressée en septembre 1887 pour être opérée d'une bartholinite. Pas d'antécédents pathologiques, mais femme très nerveuse, très impressionnable, ayant une sœur franchement hystérique.

Au mois de mai, elle avait eu de la vaginité blennorrhagique et un léger gonflement douloureux de la grande lèvre gauche; traitement par des tampons de glycérine iodoformée. La bartholinite évolue, et le pus commence à sortir par l'orifice de la glande; on en facilite l'issue par des pressions répétées et deux incisions. L'inflammation ayant gagné la totalité de la glande, et le traitement se montrant douloureux et insuffisant, l'abcès est traité sous chloroforme par grattage et incision vers le milieu du mois d'août. La cicatrisation s'obtient, mais incomplètement et il persiste une petite fistule en même temps que s'abcède la glande du côté droit.

Le 10 septembre, à l'examen la vulve est asymétrique, fermée par la lèvre droite qui est tuméfiée; une légère pression fait sourdre du pus épais et verdâtre; l'examen est très douloureux; le col est mou, l'utérus gros, la malade n'a pas eu ses règles depuis le mois de juin; elle était enceinte de 3 mois sans le savoir.

Pendant 2 jours, injections vaginales au sublimé. Incision le long de la tumeur et dissection de la glande; l'abcès est ouvert malgré les précautions prises, et se vide partiellement; la glande pousse des prolongements profonds et après son ablation on se trouve en présence d'une cavité assez grande. Pulvérisation d'éther iodoformé à l'intérieur, drain et suture par 6 points au crin de Florence. La petite fistule du côté gauche est détruite au thermocautère. Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée.

Suites absolument apyrétiques : le drain sorti spontanément le troisième jour n'est pas remplacé. Nulle inflammation, nulle douleur locale; les fils sont retirés le 8^e jour et la réunion primitive est parfaite. La grossesse évolue sans accidents.

La malade se lève le 12^e jour; à ce moment la grande lèvre droite est un peu indurée.

Au 9^e mois, la malade accouche normalement à terme, le 17 mars, et les suites sont absolument normales, sans aucune complication locale, ni élévation de température. L'enfant n'a pas eu de conjonctivite, bien qu'aucune instillation préventive n'ait été faite. Il est bon de dire que pendant et après toutes les précautions antiseptiques ont été prises. La malade a été revue plusieurs fois depuis son accouchement : le vagin, l'utérus et les annexes sont parfaitement sains.

OBSERVATION XXVII

(AUDEBERT. — *Annales de Gynécologie*, 1903. — Résumée).

Primipare de 28 ans, entre à l'hôpital le 2 avril 1902. Dernières règles le 10 août 1901. Leucorrhée abondante depuis deux ans, s'étant particulièrement aggravée pendant la grossesse.

En janvier 1902, cystite intense cédant à des injections vaginales et vésicales de permanganate de potasse. 10 jours après apparition d'une arthrite au niveau du coup de pied gauche.

Entre dans la clinique d'accouchements de Toulouse le 2 avril : peu de temps après son entrée, elle se plaint de douleurs lancinantes dans l'épaisseur de la grande lèvre droite. L'examen montre qu'il s'agit d'une bartholinite, dont la malade avait déjà constaté l'apparition un mois avant, mais qui vient de subir une poussée aiguë. Injection chaude au permanganate et pansements humides.

Le 8 avril dans la nuit, ouverture spontanée de l'abcès. Le 9, on pratique le débridement de la tumeur abcédée; on curette les parois de la poche, on termine par un attouchement à l'iode et par un tamponnement à la gaze iodoformée.

Apparition quelques jours après d'une cervicite, traitée par un curettage cervical. Malgré ces deux interventions, la grossesse évolue normalement. Accouchement à terme d'un enfant de 3 kilos 130. Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION XXVIII

(AUDEBERT. — *Annales de Gynécologie*, 1903. — Résumée).

Primipare de 21 ans. Entre à la clinique d'accouchements le 2 février 1903. Dernières règles le 10 mai 1902. Leucorrhée abondante depuis le début de sa grossesse; cystite en septembre. Elle est soignée à l'Hôtel-Dieu pour cystite et vaginite. De plus, la grande lèvre droite est tuméfiée, et il existe un abcès volumineux de la glande de Bartholin. La nuit qui suit son entrée, alors que l'on se proposait d'intervenir le lendemain matin, l'abcès s'ouvre spontanément, et il s'en écoule une certaine quantité de pus fétide.

Quelques heures après, on procède à l'extirpation complète du sac glandulaire. La malade part guérie le 23 décembre.

Accouchement normal à terme d'un enfant de 2 kilos 500. Délivrance et suites normales.

OBSERVATION XXIX

(CORNIL et LEROUX. — Société Anatomique de Paris, 1922).

Primipare de 24 ans. Entre dans le service de la Maternité Lariboisière le 24 décembre 1921, enceinte et près du terme.

Examen du bassin généralement rétréci; pôle céphalique non fixé; promonto sous-pubien 9 cm. 5. Palper mensurateur mauvais. La femme se plaint aussi de douleurs à la vulve et de pertes. Il existe une tuméfaction inflammatoire, du volume d'une noix, occupant tout le vestibule, couvrant l'orifice vaginal et masquant le méat urinaire, qui est enfoui dans le fond du sillon qui limite à gauche cet abcès.

L'abcès est ouvert, fistulisé; la pression fait sourdre au niveau de la partie droite du méat, du pus mélangé de sang noir, extrêmement fétide. Il s'agit d'une folliculite développée dans la glande de Skeene droite.

La femme est sur le point d'être opérée, et d'ailleurs les douleurs du travail se déclarent le 28. La césarienne est pratiquée, à la dilation de cinquante centimes, suivant la technique classique.

Au 15^e jour, on incise la folliculite suppurée qui n'émettait pas de diverticules profonds.

OBSERVATION XXX

(Service de M. le Professeur RIVIÈRE).

Primipare de 37 ans. On pratique une application de forceps, pour lenteur du travail par dystocie du col. Le 14^e jour après l'accouchement, on constate une tuméfaction marquée de la paroi latérale droite du vagin; cette tuméfaction est peu douloureuse, rénitente; elle descend en bas en s'effaçant progressivement jusqu'à l'orifice vulvaire. En haut elle est séparée du cul-de-sac latéral par un versant nettement perceptible; la coloration de la muqueuse n'est pas modifiée à ce niveau.

Le 18^e jour du pus louable, non mélangé de sang, s'écoule par la vulve; au spéculum on voit un orifice fistuleux de la paroi vaginale latérale droite; on agrandit l'ouverture, on fait une incision inférieure et on draine. Guérison rapide.

La malade présentait vers le 6^e et le 12^e jour des élévations de température à 39°, avec rémissions matinales.

OBSERVATION XXXI

(Dûe à l'obligeance du Docteur BALARD).

Jeune primipare, entrée dans la Clinique du Docteur Glaraky à Alexandrie le 17 juin 1917; elle avait perdu les eaux deux jours auparavant. Elle présentait en même temps, un kyste suppuré de la glande de Bartholin droite, qui s'était ouvert spontanément le matin même. L'orifice de l'abcès est agrandi aussitôt, exprimé, cautérisé à la teinture iode et tamponné avec le plus grand soin.

Présentation du sommet en droite postérieure; la femme accouche l'après-midi du même jour, pas tout à fait à terme, il y a une insertion basse du placenta.

Cinq jours après l'accouchement, la température axillaire atteint 38°; on pratique un curetage. La température se maintient pendant une dizaine de jours entre 38° et 39°4, mais

cède à des lavages vaginaux, et intra-utérins et à des injections intra-musculaires d'or colloïdal.

Les suites sont bonnes; l'utérus a repris trente jours après l'accouchement sa place normale, ainsi que son volume.

OBSERVATION XXXII

(Service de M. le Professeur agrégé PÉRY).

Primipare de 20 ans, sténographe. Vient à Canolle parce qu'elle a une bartholinite de la grande lèvre gauche. Elle est enceinte de 4 mois 1/2 environ.

Incision de l'abcès, il s'écoule une grande quantité de pus. La malade sort guérie 15 jours après, la grossesse continuant son cours.

OBSERVATION XXXIII

(Service de M. le Professeur agrégé PÉRY).

Primipare de 19 ans, domestique. Elle ne peut préciser l'âge de sa grossesse, car elle a perdu tout le temps. Elle souffre d'une bartholinite à son arrivée; pas de traces de travail; on applique sur la vulve deux pansements humides et chauds au permanganate; pas d'albumine.

Le 25 mars la malade accouche d'un enfant vivant de 1 kilo 670; délivrance normale. Le lendemain la poche de pus se rompt spontanément.

La malade sort guérie le 14^e jour.

CHAPITRE III

Influences réciproques de la puerpéralité et des collections suppurées vulvo-vaginales.

A) Influence de la puerpéralité sur les bartholinites.

La grossesse semble exercer une influence bien minime sur la fréquence des bartholinites. De nombreux auteurs avec Velpeau ont cru longtemps que la gravidité prédisposait à l'inflammation et à la suppuration, mais cette opinion ne repose sur aucune preuve, et nous devons la rejeter. Nous avons trouvé de nombreuses observations de bartholinites pendant la grossesse; il n'y a rien d'étonnant à cela, car les abcès de la glande vulvo-vaginale se rencontrent en général chez les femmes jeunes. Les statistiques de Huguier et de Neumann fixent toutes les deux la prédominance de cette affection entre 17 et 25 ans. Chez ces femmes, surtout chez celles dont la vie génitale est très active, les organes génitaux sont le siège de congestions, dont la fréquence entraînera forcément une prédisposition aux phénomènes inflammatoires.

Frühinsholz dit que les localisations habituelles de la blennorrhagie féminine ne semblent pas notablement influencées par la gravidité, cependant Fehling rapporte que l'abcès de la glande de Bartholin est plus fréquent dans ce cas. Dans leur « Précis d'accouchement », Tarnier et Budin signalent que les organes génitaux externes peuvent être le siège d'abcès qui paraissent se développer unique-

ment sous l'influence de la grossesse. Greslou a vu une femme qui eut, pendant qu'elle était enceinte, sept abcès au niveau de la grande lèvre gauche; en réalité c'est le même abcès qui a subi sept évolutions successives. Doléris dans *La Gynécologie*, en 1905, cite deux cas dans lesquels le début de la grossesse a semblé favoriser l'apparition de bartholinites. Malgré toutes ces opinions, dont celle de Fehling qui rapporte que la grossesse et la menstruation semblent augmenter la recrudescence des bartholinites, il ne nous semble pas que la gestation favorise leur apparition. En relevant toutes les observations de la Maternité de Bordeaux de 1900 à 1924, nous n'avons trouvé que 8 cas de bartholinites, ce qui représente environ 1 cas sur 2.000 accouchements.

L'évolution des abcès de la glande de Bartholin est peu influencée par la gravidité; on ne signale aucune différence dans la durée ou la gravité d'une bartholinite évoluant chez une femme enceinte ou chez une femme non gravide. Les signes fonctionnels sont cependant plus accusés à cause de la congestion exagérée de la zone génitale.

B) Influence de la puerpéralité sur les Kystes du vagin.

Les kystes du vagin ont par contre un rapport très étroit avec la grossesse et l'accouchement. En 1903, Lang, dans sa thèse a résumé d'une façon parfaite les travaux publiés jusqu'alors. De nombreux auteurs, partisans de la théorie des bourses séreuses, ont invoqué volontiers l'excès de coït et les accouchements répétés pour expliquer le développement des kystes du vagin. Nous comprenons facilement que des traumatismes tels que l'accouchement et les différentes manœuvres obstétricales soient aptes à occasionner leur apparition. Tillaux pense « qu'ils ont pour origine presque constante un décollement, un thrombus du vagin assez peu développé pour passer d'abord inaperçu ». Cette opinion est inadmissible, puisque nous avons vu l'origine ectodermique de la plupart des kystes vaginaux.

En réalité, il ne semble pas que la grossesse ou la multiparité jouent un grand rôle dans leur production, mais c'est alors que la femme est enceinte que l'on s'aperçoit pour la première fois de leur présence. Sans nous associer à l'opinion des anciens auteurs, et sans nous attarder à la statistique de Winckel, qui dans 50 cas de kystes en trouve 8 % seulement sans grossesse ni accouchement préalable, il est cependant impossible de ne pas insister sur l'influence de la gravidité dans leur évolution. Un autre argument contre l'influence de la parité dans l'apparition des kystes vient de nos observations; dans la moitié des cas, il s'agit de primipares, dans l'autre moitié de multipares; de plus chez ces dernières, il n'est pas prouvé que le kyste n'existait pas avant le premier accouchement.

Ces kystes, chez la femme enceinte, subissent une poussée congestive, poussée qui se produit dans toute la zone génitale. Cette congestion, dont on connaît les effets sur les kystes de l'ovaire et les fibromes utérins, amène l'augmentation de volume du kyste. Raimbert cite le cas d'une femme qui s'aperçoit de l'existence d'un petit kyste vaginal après un premier accouchement; à une seconde grossesse il acquiert le volume d'un poing, sort de temps en temps du vagin, mais est réductible; au 8^e mois d'une troisième grossesse, il est encore beaucoup plus volumineux, est irréducible, et doit être ponctionné pour permettre le passage de la tête fœtale. Lang remarque dans une observation la poussée successive que subit un kyste, à chaque grossesse, chez une femme qui a accouché onze fois. Nous comprenons facilement, comment des femmes ont pu être porteuses pendant des mois de kystes vaginaux, et ne se sont aperçues de leur existence qu'au cours d'un accouchement. La congestion des organes génitaux favorise aussi l'inflammation du kyste; il se produit une diapédèse intense de leucocytes à travers la paroi des capillaires sanguins; de plus les sécrétions vaginales sont plus intenses et rendues souvent très septiques par les agents pyogènes apportés par un lavage ou un toucher malpropres.

Les phénomènes du travail amènent un accroissement rapide du volume des kystes, qui peuvent se rompre; cette augmentation rapide est due le plus souvent à un épanchement sanguin. Après la rupture, le kyste peut se refermer si l'ouverture est petite; quelquefois il s'enflamme et suppure. A la suite de l'accouchement le kyste peut parfois exposer d'autres parties du canal génital à être blessées, et Huguier rapporte l'observation d'une femme atteinte d'un kyste du vagin, qui eut à la suite de l'accouchement, un abcès sous-urétral ouvert dans le canal.

C) Influence des bartholinites sur la puerpéralité.

En voyant la situation des glandes de Bartholin, flanquant de chaque côté l'entrée du vagin, nous comprenons facilement comment les abcès vulvo-vaginaux peuvent agir sur le cours de la gestation. Nous devons dire tout d'abord que la bartholinite ne fait pas sentir son influence en tant que tumeur, mais en tant que repaire inépuisable de gonocoques, qu'elle déverse à chaque instant dans le tractus vulvo-vaginal. Par leur situation anatomique dans l'épaisseur des grandes lèvres, les glandes de Bartholin sont un peu isolées du canal génital, mais leur conduit excréteur est en rapport direct avec le vagin, puisqu'il vient s'ouvrir par un orifice arrondi dans le sillon qui sépare les petites lèvres de l'hymen ou de ses débris caronculeux : les sécrétions vaginales et le pus de l'abcès se mélangent alors intimement.

Le gonocoque agit en premier lieu sur la fécondation. Nombreuses sont les jeunes femmes mariées qui s'étonnent de ne pas avoir d'enfants au bout de deux ou trois ans de mariage; elles ont pourtant tout fait pour en avoir. Si nous les examinons, nous leur trouvons une salpingite, assez peu douloureuse encore pour être ressentie de la malade. Le mari nous avoue avoir une vieille goutte militaire qui persiste toujours.

La plupart des auteurs pensent que le gonocoque est un puissant agent d'avortement; l'existence d'une endométrite gonococcique gravidique a été signalée depuis longtemps, et nous savons combien les lésions de la caduque sont une cause fréquente d'avortement. Les trois grandes causes de l'arrêt de la grossesse dans les premiers mois sont : la syphilis, l'endométrite blennorrhagique et le placenta praevia; si nous admettons que le placenta praevia est dû lui aussi à une endométrite, nous voyons combien l'action du gonocoque est fréquente. Cette action est beaucoup moins importante, quand la gestation a dépassé les premiers mois; malgré la présence dans le vagin du gonocoque et des nombreux microbes qui l'accompagnent (streptocoque, staphylocoque, etc., anaérobies quelquefois) la grossesse poursuit alors son cours; le bouchon muqueux, qui obture le col jusqu'au début du travail, protège la muqueuse utérine contre les germes venant du dehors. Nous voyons ainsi chez un grand nombre de femmes, qui suivent les consultations de la Clinique d'accouchements et de la Maternité, la grossesse et la blennorrhagie coexister et faire assez bon ménage.

En 1888, Bonnet pubiait, dans la *Gazette des hôpitaux de Paris*, une étude sur les kystes et abcès des glandes vaginales, et concluait qu'un abcès vulvo-vaginal ne peut pas par lui-même provoquer l'avortement, mais « étant donné d'une part le caractère rebelle de l'affection, et d'autre part sa nature virulente, il constitue suspendu sur la période puerpérale un redoutable danger d'infection ». Dans les observations qui font l'objet de notre thèse, nous n'avons relevé aucun avortement, et un seul accouchement prématuré au 8^e mois (observation XII); pour celui-ci, nous n'avons trouvé relaté aucun phénomène pathologique autre que la bartholinite, expliquant l'expulsion avant terme du fœtus. Quant au danger d'infection causé par ces abcès, il semble assez minime pendant la grossesse; nous n'en trouvons aucune observation signalée; nous voyons au

contraire, à plusieurs reprises, des abcès s'ouvrent spontanément au cours de la gestation, et n'amener aucun accident; dans un cas, il subsiste une légère induration et un trajet fistuleux qui a donné lieu à un écoulement purulent pendant les deux derniers mois et surtout au moment de l'accouchement.

Au cours du travail, l'abcès de la vulve est rarement une cause de dystocie; il constitue seulement un léger obstacle au cas où sa base est indurée, et à cause de l'œdème parfois considérable qui l'accompagne. Les bartholinites s'ouvrent assez souvent au cours de l'accouchement; nous avons alors des suites de couches tout à fait différentes : les suites sont normales, sans température, ou bien nous avons une infection grave. Sur 8 observations de bartholinites depuis 1900 à 1924, et non traitées au moment du travail, nous en trouvons une suivie d'infection très grave et de la mort (observation XIV), 2 avec infection légère (observation XII et XIII), dans les 5 autres cas il y eut des suites de couches normales sans température. Nous voyons que le pronostic des bartholinites pendant la grossesse est grave quand elles ne sont pas traitées; la mortalité est en effet de 12,5 %. Nous verrons dans le chapitre IV que cette mortalité est plus importante quand on intervient : en effet la mortalité pour les opérations pratiquées pendant toute la durée de la grossesse est de 18 %, et celle des interventions des trois derniers mois de la gestation de 33 %.

D) Influence des kystes vaginaux suppurés sur la puerpéralité.

Les auteurs faisaient jouer autrefois un rôle assez important aux kystes du vagin pendant la puerpéralité; ils établissaient un rapport étroit entre leur présence et la stérilité. Poupinel citait 69 cas avec 23 femmes stériles; Neugebauer rapporte 50 kystes du vagin, sur lesquels il y a

48 femmes mariées dont 18 stériles. Les kystes agiraient, d'après certains, par leur volume, en étant un obstacle à l'intromission du membre viril; pour d'autres ils agiraient simplement en empêchant la progression du germe fécondant dans le canal génital. Comme toute tumeur des culs-de-sac vaginaux, les kystes sont aussi capables d'apporter une modification à la statique utérine; ces déviations utérines s'accompagnent souvent d'une congestion intense du col avec augmentation de volume du corps; cette dernière dénote la présence d'une métrite généralisée qui se traduit par un écoulement muco-purulent.

Le cours de la grossesse est-il influencé par la présence de ces kystes vaginaux? Il semble que oui, si nous admettons que tous les états congestifs sont une prédisposition à l'avortement ou à la terminaison prématurée de la grossesse. Mais si nous examinons les différentes observations rapportées par Lang dans sa thèse, nous remarquons qu'il en est tout autrement; sur 38 observations de kystes vaginaux non suppurés, il ne trouve aucun accouchement prématuré; dans 3 cas il y eut avortement, dans un cas 3 avortements successifs. L'inflammation et la suppuration des kystes n'agit pas autrement. Malgré la présence au voisinage du col utérin de ces collections purulentes, la grossesse poursuit son cours comme si rien n'était. Dans nos observations nous n'avons trouvé aucun avortement, aucun accouchement prématuré.

Qu'arrive t-il pendant le travail? Tous les auteurs classiques s'accordent à dire que les kystes vaginaux sont trop petits ou trop peu tendus pour être une cause de dystocie; le plus souvent le kyste ne gêne en rien la sortie du fœtus. Dans un cas, le kyste faisait saillie au devant de la présentation, mais une simple pression lui fit réintégrer le vagin. Il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons trouvé de nombreuses observations où l'on fut obligé d'intervenir. Bar, Brindeau et Chambrelent en citent deux: l'une de Peters, où le kyste s'opposait à la descente de la tête fœtale,

et s'opposait même à des tentatives d'extraction par le forceps; il fallut une ponction pour permettre l'accouchement; l'autre de Puech retardait aussi l'expulsion du fœtus. Francoz et Verliac ont observé un kyste volumineux du vagin pendant la grossesse, et pour lequel on fut obligé d'intervenir au cours du travail. Dans nos observations, on n'intervint qu'une fois, et encore s'agissait-il d'une coxalgique ancienne, au bassin légèrement touché.

Le plus souvent, les kystes non suppurés ne gênent en rien l'expulsion du fœtus; au contraire le passage de celui-ci amène la rupture de la paroi kystique. La rupture se produit encore plus facilement dans le cas de kystes suppurés, qui ont une paroi plus mince, enflammée, et qui sont déjà fistulisés une fois sur deux environ. Dans l'observation III, il s'agit d'une primipare de 38 ans, l'accouchement se fait normalement à terme, la tête vidant au passage le kyste suppuré.

L'infection consécutive à l'ouverture de ces kystes suppurés est assez rare, ce qui va en désaccord avec la facilité avec laquelle les femmes en couches font de l'infection. Nous avons en effet, ici, toutes les conditions voulues pour faire naître des accidents infectieux : nous trouvons du pus dans le vagin, en contact avec une muqueuse plus ou moins traumatisée; cependant tout se passe bien, les suites de couches sont normales sans la moindre élévation de température. Le pronostic de ces kystes suppurés est bon, puis nous n'avons aucune mortalité, et une morbidité très faible.

CHAPITRE IV

Conduite à tenir.

Faut-il intervenir pendant la grossesse en présence de ces collections suppurées? A quel moment l'intervention est-elle légitime?

Nous allons tout d'abord envisager l'action du traumatisme opératoire en général sur le cours de la grossesse. Les opérations les plus diverses ont été tentées sur le voisinage de l'utérus gravide et sur lui-même; il ressort des divers statistiques que ces opérations sont moins graves quand elles portent sur l'utérus, que quand elles ont pour siège la région vulvaire. L'ablation de kystes de l'ovaire pendant la gravidité n'est pas rare, on opère avec succès l'appendicite quelle que soit l'époque de la grossesse; la néphrectomie a été pratiquée. Fry et Lapton Schmidt ont fait l'hystéropexie de l'utérus gravide rétrofléchi; Doléris recommande plutôt son opération. Certains auteurs sont allés jusqu'à pratiquer la myomectomie, d'autres ont réséqué le col ou ont cureté la cavité cervicale. La plupart de ces chirurgiens nous paraissent bien osés, et quelques-unes de leurs observations sont suivies d'avortement ou d'accouchement prématuré. Les interventions portant sur la zone génitale inférieure, vulve, vagin, sont souvent suivies d'accidents, aussi faut-il s'en tenir au sage conseil de Lefour, qui nous apprend à être très réservés, surtout s'il y a infection.

En étudiant les observations que nous avons pu réunir dans notre thèse, nous allons voir la ligne de conduite qui

a été suivie par les différents auteurs. Nous examinerons ce qui a été fait pour chaque sorte de collections suppurées, et nous tirerons ensuite des conclusions.

A) Conduite à tenir dans le cas de kystes du vagin suppurés.

En relevant les six observations de kystes vaginaux suppurés, que nous avons, nous constatons que l'intervention pendant la grossesse n'a été pratiquée qu'une fois. C'est Dieulafé, en 1923, qui extirpe deux kystes suppurés chez une femme enceinte de deux mois; la guérison des plaies vaginales est rapide, et la grossesse évolue sans incident jusqu'au terme.

Dans les cinq autres cas, on n'intervient pas; chaque fois l'accouchement se fait normalement, mais ici l'évolution des kystes est différente : dans les observations II et III la tête fœtale vide le kyste au passage; dans l'observation VI plusieurs accouchements se sont produits à terme, malgré la présence d'un kyste suppuré et depuis longtemps fistulisé. L'écoulement de pus dans les voies génitales inférieures de ces trois parturientes, n'a pas empêché leurs suites de couches d'être absolument apyrétiques. Enfin dans les deux observations restantes, le kyste persiste après le travail, et ne subit aucun changement.

La plupart des auteurs classiques sont partisans de l'expectative. Bar, Brindeau et Chambrelent interviennent le plus facilement, et pratiquent l'extirpation chaque fois que la tumeur dépasse le volume d'un œuf de poule; si cette extirpation est impossible, ils réséquent la plus grande partie du kyste, et suturent la portion qui reste à la plaie vaginale. Par contre, Couvelaire trouve inutile de créer une plaie vaginale que le travail de l'accouchement peut surprendre avant sa cicatrisation; il ne comprend pas l'utilité d'intervenir, sans motif sérieux, dans le vagin d'une femme enceinte; mais il faut opérer dès que la

régression de l'appareil génital est achevée, car ces kystes peuvent devenir rapidement volumineux, et gêner un accouchement ultérieur. La peur d'interrompre la gestation rend Dubrisay et Jeannin prudents; de même Hartmann ne touche pas aux kystes s'ils ne gênent pas; s'ils deviennent un obstacle au cours de l'accouchement, il les ponctionne.

Nous pouvons adopter les conclusions de Lang, à propos des kystes non suppurés; ces conclusions diffèrent suivant la période de la puerpéralité :

1° Pendant la grossesse : ne pas intervenir, malgré la bénignité relative de l'opération, qui amène peu de bénéfices;

2° pendant le travail : ponction, si le kyste est une cause de dystocie;

3° pendant les suites de couches : extirpation, quand les voies génitales seront revenues à leur état normal.

B) Conduite à tenir dans le cas de bartholinites.

L'attitude des accoucheurs diffère totalement lorsqu'ils se trouvent en face d'une bartholinite évoluant chez une femme enceinte; les partisans de l'intervention semblent plus nombreux que pour les kystes du vagin suppurés. Nous avons pu relever 25 observations d'abcès de la glande vulvo-vaginale pendant la grossesse; onze fois l'intervention a été pratiquée avant l'accouchement, quatorze fois l'évolution de la bartholinite a été abandonnée à elle-même.

L'accouchement dans ces 14 observations s'effectue normalement, mais la bartholinite a une évolution différente. Le plus souvent, elle se trouve à l'état chronique, le pus ne s'écoule pas par le conduit excréteur; comme le passage de la tête fœtale à travers le périnée n'entraîne pas de compression de la grande lèvre, la tension de l'abcès n'est pas suffisante pour faire s'écouler du pus; il s'agit en som-

me d'un abcès fermé, ne communiquant pas avec l'extérieur, et l'on comprend facilement qu'il n'y ait pas d'accidents post-partum. Quelquefois, la bartholinite se trouve en pleine période aiguë, elle déverse une grande quantité de liquide purulent au moment de l'accouchement, ou bien elle est fistulisée depuis quelques jours ou même plusieurs mois, et laisse s'écouler un filet de pus à l'entrée du tractus vulvo-vaginal.

La présence de ce pus semblerait fatalement entraîner des suites de couches graves, et l'observation XIV plaiderait en cette faveur; en effet, la malade qui avait une bartholinite fistulisée depuis le 7^e mois, a fait après son accouchement de l'infection puerpérale grave; elle a eu des frissons, une température se maintenant entre 38° et 40°, un état général franchement mauvais; cet état s'est terminé par la mort en quelques jours. Il n'en est pas heureusement toujours ainsi; si, à deux reprises nous avons eu une légère élévation de température pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, toutes les autres fois les suites de couches ont été absolument apyrétiques. A quoi attribuer cette terminaison si différente, dans des cas qui paraissaient devoir évoluer d'une façon semblable? peut-être à des soins antiseptiques mieux appliqués, peut être aussi à une résistance plus grande de la femme.

Les partisans de l'abstention opératoire en face des bartholinites ne sont pas très nombreux. Seuls, Tarnier et Budin attendent pour opérer que l'accouchement ait eu lieu, et que la période puerpérale soit passée; s'il y a danger pour la vie de la mère ou du fœtus, ils interviennent, mais conseillent de prendre alors toutes les précautions antiseptiques voulues pour qu'aucune complication ne survienne. Dans les cas ordinaires, ils préfèrent laisser ces abcès s'ouvrir spontanément, ou bien ils les ponctionnent; la ponction n'est d'ailleurs qu'un pis-aller, car le pus se reforme avec une grande rapidité, et elle est peut être l'origine de fistules. La ponction ne peut être de quelque utilité,

que si elle est suivie d'une injection modificatrice (solution concentrée de permanganate de potasse par exemple). Il ne faut pas trop se hâter d'intervenir chirurgicalement, car certaines bartholinites soignées par le traitement médical ont pu guérir (observations XVIII et XXVIII).

Les partisans de l'intervention ont opéré à toutes les périodes de la grossesse; leurs résultats sont très variables. Sur 11 observations de bartholinites opérées, nous en trouvons :

5 du 2^e au 6^e mois n'amenant aucune interruption de la gravidité;

6 du 7^e au 9^e mois avec 3 accouchements prématurés suivant de près l'intervention, et 3 accouchements normaux à terme.

Ce qui nous frappe dans cette statistique, c'est qu'une opération pratiquée le plus près possible du début de la grossesse est moins grave que si elle est pratiquée plus tard. Nous sommes ainsi en désaccord avec quelques auteurs, comme Polaillon, qui disent que les femmes enceintes atteintes par un traumatisme accidentel ou opératoire, sont plus susceptibles d'avorter vers le 3^e ou le 1^{er} mois que vers la fin de la grossesse; mais nous sommes d'accord, avec ceux qui signalent l'accouchement prématuré fréquent vers le 7^e mois, et avec Verneuil qui estime, dans la thèse de Petit, que le pus et les liquides septiques ont une action moins considérable au début de la gestation que pendant les derniers mois. Actuellement, la plupart des chirurgiens ont l'habitude d'opérer les appendicites chroniques vers le 4^e mois de la gestation.

Les 5 interventions pratiquées dans les 6 premiers mois, ont été suivies d'une guérison rapide, sans le moindre accident infectieux; au contraire sur les 6 qui ont été faites à partir du 7^e mois, les trois qui ont entraîné l'accouchement rapide ont eu un post-partum très grave. Dans les observations I et XXII, l'infection s'est installée dès le len-

demain de l'intervention, et a pris une marche très rapide, entraînant la mort des parturientes par péritonite aiguë; dans l'observation XXXI, l'infection ne s'est installée que le 5^e jour, et a cédé à un traitement anti-infectieux de deux semaines. Les résultats sont les mêmes que l'on pratique d'emblée l'incision ou l'extirpation d'une bartholinite abcédée, ou que l'on se contente d'agrandir au bistouri un abcès déjà ouvert spontanément.

En lisant ces observations, nous voyons se refléter les méthodes exposées par les différents auteurs. Les interventionnistes à outrance sont représentés par Bonnet et Petit qui disent, dans leur « *Traité de Gynécologie* » de 1894 : « quand il s'agit d'un kyste, on a le droit d'hésiter; il n'en est plus de même s'il s'agit d'un abcès; l'indication est nette : il faut supprimer, et le plus rapidement possible, une source d'infection presque certaine au cours du post-partum. Si l'on craignait l'avortement, crainte que nous avons exagéré, à moins de femmes à réflexes particulièrement sensibles, on pourrait pour opérer attendre la fin du 7^e mois. » Jeannin et Guéniot, après avoir incisé l'abcès, cherchent à le stériliser en touchant la surface interne de sa cavité au thermocautère; ils espèrent ainsi éviter les risques d'infection au cours du travail ou dans les suites de couches.

Si certaines femmes ont des réflexes particulièrement sensibles, on peut avant d'opérer, leur donner un peu de morphine; mais il est bien difficile de savoir à l'avance si une opération pratiquée sur la vulve provoquera une action du côté de l'utérus gravide. Il est aussi des malades qui ont subi plusieurs opérations pendant leur grossesse, sans en être nullement incommodées. Dans l'observation XX, la femme souffrait énormément du bas-ventre, et ne se savait pas enceinte; le chirurgien consulté décide de pratiquer l'hystérectomie; après laparotomie, il tombe sur un utérus gravide de 2 mois environ, et referme l'abdomen. Deux mois après la malade a une bartholinite qui est

incisée; elle accouche normalement à terme. Dans l'observation XXVII, rapportée par Audebert, chez une femme enceinte de 8 mois, on débride une bartholinite abcédée, la paroi de l'abcès est curettée, et on fait des attouchements à la teinture iode. Quelques jours après, on curette le col utérin pour cervicite gonococcique; malgré ces deux interventions, l'accouchement se fait à terme.

En résumé, si l'on ne doit pas de gaieté de cœur, opérer des interventions pendant la grossesse sur la zone génitale, il ne faut pas se montrer trop timoré :

1° Pendant les 6 premiers mois, il faut opérer.

2° Pendant les 3 derniers, il ne faut pas opérer, pour ne pas créer une plaie vulvo-vaginale qui ne serait peut être pas entièrement guérie au moment du travail.

Dans tous les cas où l'on n'opère pas, il faut pratiquer un traitement médical actif. Dans les bartholinites au début, des pansements humides chauds pourront quelquefois amener la résolution de l'abcès; il ne faudra pas oublier que la vaginite gonococcique accompagne souvent la bartholinite, et les injections vaginales au permanganate de potasse, cyanure de mercure, etc, seront de règle. Enfin pour prévenir les accidents infectieux, ne pourrait-on pas employer avec succès des méthodes de traitement plus modernes; dans les bartholinites fermées les stock-vaccins donneraient peut être des résultats, de même que l'autovaccination dans les cas fistulisés.

C) Conduite à tenir dans les autres collections suppurées.

En dehors des bartholinites et des kystes vaginaux, nous avons pu réunir une observation de thrombus suppuré, une d'abcès péri-urétral, et un abcès péri-vaginal. Dans les deux derniers cas, il faut attendre avant d'intervenir. Le thrombus du vagin qui est assez rare pendant la grossesse, peut facilement suppurer; la proximité du vagin

avec la quantité de germes que la grossesse y fait pulluler, est en effet une condition qui favorise l'infection des foyers sanguins du voisinage. Les auteurs classiques, et Schachmann, Lanief et Champeau dans leurs thèses, sont d'accord pour ne pas intervenir dans les thrombus pendant la grossesse; mais dès que celui-ci est infecté, ils n'hésitent pas à l'inciser aussitôt.

CHAPITRE V

Conclusions.

1° Les collections suppurées de la vulve et du vagin le plus fréquemment rencontrées pendant la grossesse et l'accouchement sont : les bartholinites et les kystes du vagin suppurés.

2° La puerpéralité a une action peu importante sur la fréquence et l'évolution des bartholinites; par contre, elle augmente le volume des kystes et favorise leur inflammation et leur suppuration.

3° Les bartholinites, à cause du gonocoque qu'elles déversent dans le canal génital, ont un rôle parfois néfaste sur la fécondation. Elles sont un agent fréquent d'avortement, et une source d'infection grave pendant la grossesse et au cours du travail. Les kystes vaginaux peuvent être une cause de dystocie au cours du travail; leur suppuration n'amène pas d'accidents graves pendant les suites de couches.

4° En présence d'un kyste du vagin suppuré, pendant la grossesse et l'accouchement il ne faut pas intervenir.

En présence d'une bartholinite pendant les six premiers mois, il faut opérer; pendant les trois derniers mois l'expectative est de rigueur.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

MAURICE RIVIÈRE.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 2 Décembre 1924.

Le Recteur de l'Académie

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS et BALARD. — Collections suppurées de la vulve et du vagin pendant la puerpéralité. (Soc. Obst. et Gyn. de Bordeaux, 1923).
- AUDEBERT. — Gonococcie et puerpéralité. (*Annales de Gynécologie*, 1903).
- AUVARD. — Traité d'Accouchements, 1898.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique dans l'art des accouchements, 1914.
- BEAUVERGER. — Thèse de Paris, 1903-04.
- BÉGOUIN, BOURGEOIS, DUVAL, etc. — Précis de Pathologie Chirurgicale, 1921.
- BONNET. — Des kystes et abcès des glandes vaginales. (*Gazette des hôpitaux*, 1888, n° 69).
- Ablation pendant la grossesse de deux glandes vulvo-vaginales abcédées. (*France médicale*, 1889, n° 38).
- BONNET et PETIT. — Traité de Gynécologie, 1894.
- BURGER. — Grossesse et accouchement compliqués de tumeurs de l'appareil génital (*Zentralblatt für Gynakologie*, Leipzig, 1924).
- CHAMPEAU. — Thèse de Paris, 1913-14.
- Hématome péri-vulvaire et péri-vaginal obstétrical. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1919).
- COHNSTEIN. — Ueber chirurgische Operationen bei Schwangeren (Sammlung Klinischer Vortrage von Richard Wolkmann, 1873).
- COLLIAT. — Thèse Montpellier, 1911-12.
- CORNILLON. — Thèse de Paris, 1872.
- COUTISSON. — Thèse de Paris, 1910-11.

- COUVELAIRE. — Kyste du vagin observé et traité pendant la puerpéralité. (*Annales de Gynécologie*, 1903).
- DECOSTER. — Thèse de Paris, 1886-87.
- DIEULAFÉ. — Kystes multiples du vagin. (Soc. Obst. et Gyn. de Toulouse, 1923).
- DOLÉRIS. — De la bartholinite et de son traitement. (*La Gynécologie*, 1905).
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'Accouchements, 1924.
- FRANCOZ et VERLIAC. — Kyste volumineux du vagin pendant la grossesse. (*La Gynécologie*, 1906, tome X).
- FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, 1911.
- FAVREAU. — De l'influence des opérations chirurgicales sur la procréation. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 nov. 1923).
- FEHLING. — Die Bedeutung der Gonorrhoe für Schwangerschaft. (*Münchn. Med. Wochenschr.*, 1895, n° 49).
- FRUHINSHOLZ. — Thèse de Nancy, 1901-02.
- GRANIER. — Thèse de Montpellier, 1909-10.
- GROSSER. — Thèse de Halle, 1899.
- GUÉNIOT. — Influence du traumatisme sur la grossesse. (*Bull. et Mém. Société Chirurgie de Paris*, 1876).
- HARTMANN. — Thèse de Paris, 1918-19.
— Bartholinite à répétition. (*Revue générale de Clinique et Thérapeutique de Paris*, 1921, XXXV).
- INGRAHAM. — Kystes du vagin. (*Journal of the Am. med. Assoc. Chicago*, 19 nov. 1921).
- JEANNIN et GUÉNIOT. — Thérapeutique obstétricale et gynécologique, 1913.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, 1914.
- LANG. — Thèse de Nancy, 1903-04.
- LANIEF. — Thèse de Paris, 1909-10.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie, 1913.
- MASSOT. — Thèse de Paris, 1873.
- MAYGRIER et SCHWAAB. — Précis d'obstétrique, 1922.

- MOLLIÈRE. — Innocuité des opérations sur les organes génitaux de la femme enceinte (*Lyon médical*, 1896, tome I).
- PAUCOT. — Kyste du vagin chez une femme enceinte. (*Bulletin Soc. Obst. et Gynécologie de Paris*, 1922).
- PETIT (Eug.). — Thèse de Paris, 1870.
- PINARD. — Le thrombus du vagin pendant la grossesse. (*Bulletin médical de Paris*, 1900, n° 53. — *Revue pratique d'Obst. et de Pédiatrie*, Paris 1911).
- POLAILLON. — Influence du traumatisme sur la grossesse. (*Bull. et Mém. Société Chirurgie de Paris*, 1876).
- POZZI. — Traité de Gynécologie, 1907.
- RAIMBERT. — Kystes du vagin. (*Revue Médico-Chirurgicale*, Paris, 1851, tome IX).
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Traité d'Obstétrique, 1923.
- ROCHE. — Kystes du vagin. (Société Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie de Bordeaux, mai 1905).
- SABATIER. — Thèse de Paris, 1909-10.
- SCHACHMANN. — Thèse de Paris, 1897-98.
- SCHRODERS (Anna). — Chirurgische Operationen während der der Graviditat (*Zurich médical*, 1900).
- SIEGEL. — Genitaltumoren und Schwangerschaft. (Leipzig, 1911).
- TARNIER. — Rapport de la grossesse et des affections chirurgicales (Société Chirurgie de Paris, 1872).
- TARNIER et BUDIN. — Précis d'Accouchements, 1882.
- TILLAUX. — Influence du traumatisme sur la grossesse. (*Bull. et Mém. Société Chirurgie de Paris*, 1876).
- VALETTE. — Thèse de Lyon, 1864.
- VERNEUIL. — Influence du traumatisme sur la grossesse. (*Clinique chirurgicale*, 1875 et *Bull. et Mém. Société Chirurgie de Paris*, 1876).
- VINAY. — Thrombus de la vulve au 6^e mois de grossesse. (*Lyon médical*, septembre 1897).
-

